**当日、ご持参ください**

【令和4年度民間病院就職ガイダンス】

**健康チェックシート**

**下記をご記入の上、受付で提出してください。体温は当日の体温をご記入ください。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | 令和 4 年　　　　　月　　　　　日 | | | 体温 | | ℃ |
| ふりがな |  | | | 性別 | | 男　・　女 |
| 氏　名 |  | | | 年齢 | | 歳 |
| 住　所 | 〒 | | | | | |
|  | | | | | |
| 携帯電話 |  | | | | | |
| 区　分 | □ | 学生 | 学校名： | | 学年：　　　　　　年生 | |
| □ | ナースセンター求職登録者 | | | | |
| □ | その他 | | | | |

下記の質問にお答えください。

「あり」に該当する場合は、参加をご遠慮ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 72時間以内に発熱・倦怠感などの症状はありますか。 | あり　・　なし |
| ２ | 72時間以内に嗅覚・味覚に異常はありますか。 | あり　・　なし |
| ３ | 新型コロナウイルス感染者や濃厚接触者、検査中の方との接触はありますか。（家族・学校・職場など） | あり　・　なし |

お預かりした個人情報は、当行事運営目的以外には使用しません。

なお、当行事の様子などをWEBその他媒体に掲載しますのでご了承ください。